RLISS du Sud-Ouest

La compassion

Le courage

Guidé par des éléments solides

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Rapport Annuel 2009/10

L'innovation

L'intégrité

La confiance et le respect

Ontario
Réseau local d'intégration des services de santé

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
Rapport annuel 2009-2010

Table des matières

Message de la présidente du conseil et du chef de la direction 3

Conseil d'administration 4

Notre secteur géographique, nos collectivités, nos habitants 5
- Profil de la population 6
- Profil de santé *** 6

Mobilisation de nos collectivités et de nos intervenants 9
- Une mobilisation de longue durée 10
- Mobilisation des autochtones 10
- Mobilisation des francophones 10

Entente de responsabilisation ministère-RLISS (ERMR) 12

Défis en matière de temps d'attente dans les salles des urgences et de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) 15

Mise à jour sur les priorités du Plan de services de santé intégrés 17
- Le renforcement et l'amélioration des soins de santé primaires 17
- Prévention et gestion des maladies chroniques 17
- Établissement de liens le long du continuum : personnes âgées et adultes ayant des besoins complexes 19
- Avoir accès aux bons services, offerts au bon endroit, au bon moment et par les bons fournisseurs 20
- Cybersanté 20
- Ressources humaines dans le domaine de la santé 21

États financiers 24

Message de la présidente du conseil et du chef de la direction

Cette dernière année, le RLISS a publié le Plan directeur du système de santé – Vision 2022. C'est dans ce document que nous jetons un coup d'œil, à long terme et à l'échelle du système, aux soins de santé offerts dans le territoire du RLISS du Sud-Ouest. Pour élaborer le Plan directeur, nous sommes allés voir nos fournisseurs de services de santé, lesquels sont chaque jour aux premières lignes, ainsi que les collectivités de notre RLISS, pour connaître les problèmes et les préoccupations que vivent nos habitants quant au système. La participation de nos principaux intervenants, y compris des habitants du RLISS, est essentielle si nous voulons transformer le système de soins de santé de façon à nous assurer d'offrir des soins de qualité.

Après avoir tenu 18 séances publiques qui nous ont menés depuis West Lorne jusqu'à Lion's Head en passant par des points intermédiaires, nous croyons que le Plan directeur traduit les besoins de nos collectivités et qu'il établit une stratégie à long terme complète visant à réaliser un système de soins de santé efficace et abordable qui sera là pour des générations à venir.

Nous restons inébranlables dans notre engagement à offrir aux habitants du RLISS un système de soins de santé qui fournira des soins de qualité, de façon efficace et rentable. Nous comprenons aussi que nous pourrions devoir prendre des décisions difficiles et que c'est en tenant sérieusement compte des questions et en nous appuyant sur nos valeurs *de compassion, de courage, d'information fondée sur des preuves, d'innovation, d'intégrité, de confiance et de respect* que nous obtiendrons les meilleurs résultats, pour tous les habitants du RLISS du Sud-Ouest.

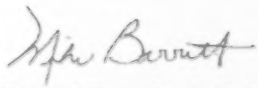
En 2006, le RLISS a lancé son premier plan de services de santé intégrés triennal (PSSI), lequel exposait les grandes lignes des objectifs et des priorités en matière de soins de santé qu'une sérieuse participation, de la part de tous nos fournisseurs de services de santé et des habitants du secteur du RLISS, avait permis de recenser. Le travail effectué ces trois dernières années s'est inspiré de ces priorités et nous commençons à voir certains résultats tangibles et constructifs qui touchent réellement la vie quotidienne des gens. De nombreuses initiatives Vieillir chez soi ayant commencé à recevoir du financement en 2008 sont maintenant entièrement fonctionnelles et elles continuent de faire en sorte que des personnes âgées puissent vivre de façon autonome, dans leur domicile. De grands pas ont été franchis quant aux temps d'attente relatifs à certaines chirurgies et à certaines arthroplasties. Les temps d'attente dans les salles des urgences se sont améliorés, grâce à une concentration particulière sur les salles des urgences et sur les patients nécessitant d'autres niveaux de soins, dans les hôpitaux. Nos fournisseurs de services de santé ont travaillé très dur pour amener des changements qui ont amélioré la prestation des soins de santé. Nous reconnaissons cependant qu'il reste beaucoup de travail à faire.

L'automne dernier, nous avons rafraîchi notre PSSI de 2010-2013, lequel poursuit les efforts de mise en œuvre de notre premier PSSI. Il établit les priorités quant aux mesures à prendre si nous voulons atteindre l'objectif de notre Plan directeur visant la création d'un système de soins de santé intégrés d'ici 2022. Les objectifs et les orientations stratégiques de notre PSSI sont expliqués plus en détail dans le corps du présent rapport.

Le RLISS s'efforce de veiller à ce que l'argent affecté à la santé soit dépensé efficacement, en rapportant les meilleurs résultats possible. Les ententes de responsabilisation conclues entre le RLISS et les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'entre le RLISS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée permettent d'assurer l'utilisation responsable des ressources précieuses dans le domaine de la santé ainsi que la pérennité du système de soins de santé.

Le présent rapport annuel nous permet de réfléchir aux douze derniers mois et nous donne un aperçu de ce qui s'en vient. Nous avons la chance d'avoir des fournisseurs de services de santé qui ont accepté avec enthousiasme le besoin de changer et qui sont prêts à collaborer pour réaliser un système plus accessible et plus durable. Nous reconnaissons avec gratitude leurs efforts et le dur travail du personnel talentueux et dévoué du RLISS.

Ferne Woolcott, présidente du conseil d'administration (intérim.)



Michael Barrett, chef de la direction

Conseil d'administration

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont régis par un conseil d'administration nommé et ils sont liés par des ententes de responsabilisation conclues avec le Ministère. Chaque membre du conseil d'administration est nommé par décret en conseil.

Les membres du conseil sont choisis selon un processus fondé sur le mérite, chaque candidat ou candidate étant évalué quant à l'agencement entre les compétences et les capacités de la personne et les besoins du RLISS. Le processus de nomination est transparent et uniforme, des lignes directrices claires et compréhensibles s'appliquant uniformément à toutes les nominations aux postes de membres du conseil d'administration. Nous nous attendons à ce que les membres du conseil possèdent une expertise, une expérience et des compétences en leadership pertinentes, et à ce qu'ils comprennent les problèmes, les priorités et les besoins locaux en matière de santé.

Dans le Sud-Ouest, les membres du conseil non seulement apportent une richesse d'expériences et d'antécédents, mais ils représentent également la vaste géographie de notre RLISS, ce qui leur permet de prendre des décisions qui profiteront à tous les habitants.

Certains changements ont été apportés au conseil d'administration cette année, par suite de la démission du président du conseil et de l'échéance du mandat d'un membre. Le processus de recrutement est en cours, pour permettre de combler les postes vacants actuels. Vous trouverez ci-dessous la liste des membres du conseil de 2009-2010.

Ferne Woolcott, présidente du conseil (intérim.)
Mandat : du 17 mai 2006 au 16 juin 2010

Janet McEwen
Mandat : du 1er juin 2005 au 10 juin 2011

Dr Murray Bryant
Mandat : du 17 mai 2006 au 16 mai 2011

Linda Stevenson
Mandat : du 16 mai 2007 au 15 mai 2012

Kerry Blagrave, secrétaire
Mandat : du 1er juin 2005 au 1er juin 2011

John Van Bastelaar
Mandat : du 5 janvier 2006 au 4 janvier 2011

Barrie Evans
Mandat : du 17 mai 2006 au 16 juin 2010

Membres ayant quitté le conseil durant l'exercice 2009-2010 :

Norm Gamble, président du conseil
Démission, le 9 octobre 2009

Anne Lake
Échéance du mandat, le 4 février 2010

Le RLISS du Sud-Ouest reconnaît avec gratitude les contributions apportées par M. Gamble et Mme Lake, durant leurs années de service au sein du conseil d'administration. Les deux faisaient partie des premières personnes à être nommées membres du conseil d'administration, leurs conseils et leur dévouement ont été des plus précieux pour ce qui est de mettre le RLISS sur sa trajectoire actuelle.

Les biographies des membres du conseil sont accessibles sur le site Web du RLISS du Sud-Ouest à l'adresse www.southwestlhin.on.ca.

Notre secteur géographique, nos collectivités, nos habitants

Le RLISS du Sud-Ouest travaille en étroite collaboration avec plus de 150 fournisseurs de services de santé pour veiller à ce que tous les habitants aient accès à des soins de qualité, quand ils en ont besoin. Notre secteur inclut une riche diversité de collectivités, depuis des collectivités agricoles, de petits villages et de petites municipalités, jusqu'à de grands centres urbains ainsi qu'à des collectivités francophones et des Premières nations. Nous sommes responsables envers tous les habitants et nous sommes déterminés à améliorer l'expérience que vivent les gens en matière de soins de santé aujourd'hui, demain et durant des générations à venir. Le RLISS, qui en est à sa sixième année, est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont bien informés et font preuve d'engagement au sein de la collectivité.

Les RLISS ont été établis d'après la croyance voulant que les décisions, en matière de santé, se prennent au niveau local. Pour ce faire, il faut permettre aux gens de s'exprimer et c'est pourquoi nous tendons continuellement la main et nous invitons nos fournisseurs de services de santé, nos organismes de services communautaires et les habitants du secteur de notre RLISS à nous faire part de leurs commentaires. Nous savons que des décisions difficiles devront être prises et nous allons travailler en collaboration avec nos fournisseurs de services de santé pour veiller à apporter des changements qui conviendront aux gens que nous desservons.

Le RLISS du Sud-Ouest, comme d'autres régions de la province, fait face à de nombreux défis en matière de santé : une population âgée en croissance, une pénurie quant à de nombreux professionnels de soins de la santé, de longs temps d'attente dans les salles des urgences, des coûts sans cesse croissants et des ressources financières limitées.

Nous avons conclu des ententes de responsabilisation avec tous nos hôpitaux et tous nos organismes de services de soutien communautaires et nous avons établi des objectifs de rendement que nous surveillons tous les trimestres. Ces ententes sont vitales si nous voulons veiller à ce que les habitants du Sud-Ouest obtiennent un bon rapport qualité-prix en échange du financement des soins de santé qui est accordé aux fournisseurs.

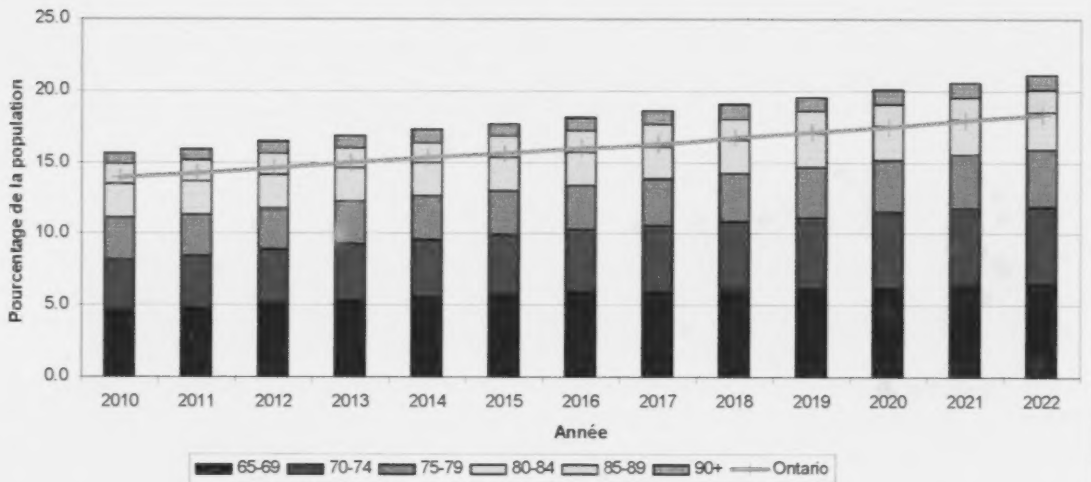
En 2006, le RLISS du Sud-Ouest s'est engagé envers quatre priorités d'intégration : renforcer et améliorer les soins de santé primaires; prévenir et gérer les maladies chroniques; établir des liens le long du continuum des soins de santé; permettre d'accéder aux bons services, au bon endroit et au bon moment, auprès du bon fournisseur. Deux priorités habilitantes ont de plus été recensées : les ressources dans le domaine de la santé et la cybersanté. Le présent rapport examine les progrès accomplis et explique en gros l'orientation future.

Profil de la population

Les gens du secteur du RLISS du Sud-Ouest présentent de la variété, tout comme les terres qu'ils habitent. Nous gardons donc à l'esprit les faits suivants à mesure que nous planifions en vue d'obtenir un système de santé qui réponde aux besoins de tout le monde :

- parmi les quelque 900 000 habitants de la région, la plupart (85 pour 100) ont l'anglais comme langue maternelle. Le français est cependant la langue maternelle de presque 11 000 personnes (1,2 pour 100). Une tranche additionnelle de 7 300 habitants (0,8 pour 100) ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles;
- 1,4 pour 100 des habitants du Sud-Ouest se disent autochtones, comparativement à 2 pour 100 dans l'ensemble de la province, ce qui représente une population significative qui affronte des défis particuliers en matière de santé. Le Sud-Ouest compte cinq réserves, lesquelles abritent une population de presque 4 500 personnes. On estime que 7 200 autres autochtones habitent hors des réserves;*
- la population du RLISS du Sud-Ouest devrait s'accroître pour atteindre juste au-delà d'un million de personnes (1 004 195) d'ici 2017;
- le pourcentage des habitants qui ont 65 ans ou plus, dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest, est actuellement de 15,6 pour 100, comparativement à 13,9 pour 100 pour l'ensemble de la province. Comme le démontre le tableau suivant, la population âgée devrait s'accroître rapidement durant les années à venir, pour atteindre 21,1 pour 100 (18,3 pour 100 en Ontario) d'ici l'an 2022. **

Projections quant à la population âgée de 65 ans ou plus, RLISS du Sud-Ouest, 2010-2022



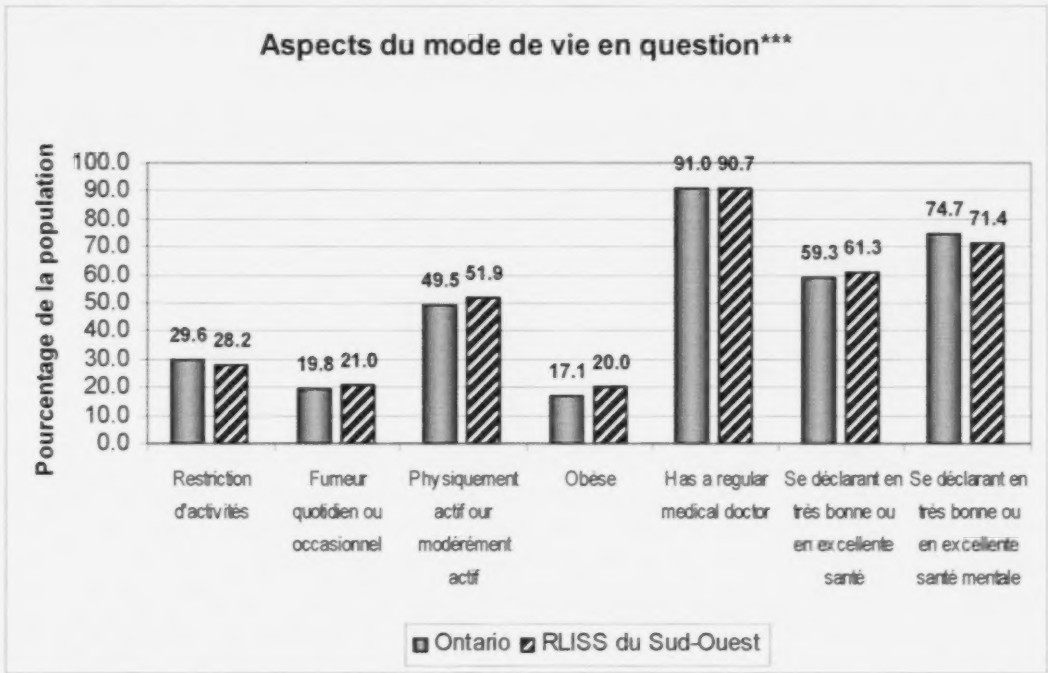
Profil de santé ***

En élaborant un système de soins de santé en vue de l'avenir, il est important de comprendre les besoins d'aujourd'hui et les aspects du mode de vie de la population actuelle qui vont probablement influer sur les besoins en matière de soins de santé de l'avenir. Vous trouverez ci-après certains des facteurs et leur prévalence au sein du RLISS du Sud-Ouest, dont nous devons tenir compte en allant de l'avant avec la transformation du système de soins de santé.

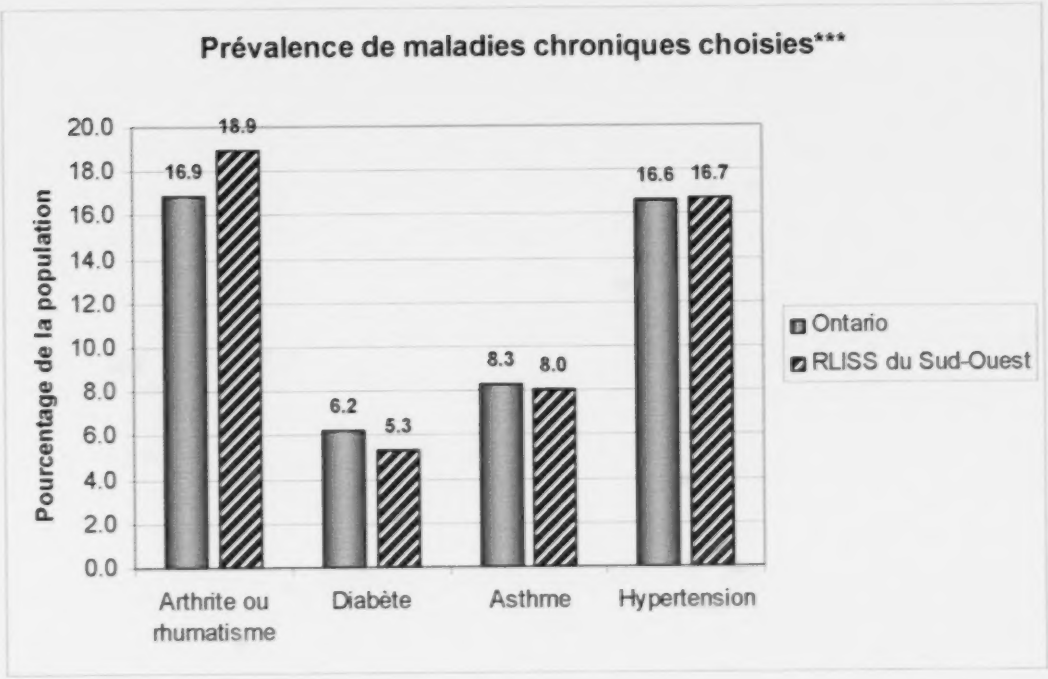
- Tout juste plus de 60 pour 100 (61,3 pour 100) des habitants du Sud-Ouest se déclaraient en très bonne ou en excellente santé, en 2008.

- L'incidence du diabète, au sein du RLISS du Sud-Ouest, était de 5,3 pour 100 en 2008, comparativement à 6,2 pour 100 dans la province.
- 19,4 pour 100 des adultes ayant plus de 12 ans signalent une consommation d'alcool de cinq verres ou plus à la fois, au moins une fois par mois, comparativement à 15,5 pour 100 dans l'ensemble de la province.
- 22,1 pour 100 des habitants du RLISS du Sud-Ouest signalent avoir un niveau élevé de stress dans leur vie, comparativement à 22,3 pour 100 des Ontariens.
- Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2008, suggèrent que 20 pour 100 des adultes âgés de 18 ans ou plus, dans le secteur du Sud-Ouest, sont obèses.
- 90,7 pour 100 des habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest ont signalé avoir un médecin de famille, en 2008, comparativement à 91 pour 100 pour l'Ontario.

Le graphique ci-dessous montre certains aspects du mode de vie et compare ces derniers à des statistiques provinciales.



Le tableau suivant montre les taux de prévalence de divers états chroniques chez les habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest comparativement à la population de l'Ontario.



Source des données : * Affaires indiennes et du Nord Canada, Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence, 2006. ** Projections de population du ministère des Finances, *Population Projections by Gender, Age and LHIN of Residence, 2006-2016*, Projet d'analyse des données sur le système de santé. ***Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

Mobilisation de nos collectivités et de nos intervenants

Le RLISS du Sud-Ouest croit que de bonnes décisions, en matière de soins de santé, ne peuvent se prendre que si tous les intervenants ont la possibilité d'apporter une contribution. Depuis nos tout débuts, nous avons établi une solide tradition de mobilisation de nos fournisseurs de services de santé, du grand public et des organismes de soins de santé. Nous reconnaissons qu'une participation si poussée est essentielle si nous voulons transformer le système de soins de santé de façon significative.

Cette dernière année, nous avons tenu avec succès une série de séances dans 17 collectivités situées à travers le Sud-Ouest, en juillet et en septembre, pour nous aider à façonner l'avenir des soins de santé. Les séances visaient les objectifs suivants :

- échanger de l'information sur les tendances et les problèmes actuels;
- écouter des idées et des préoccupations relativement au système de soins de santé;
- fêter de récentes améliorations apportées au système de soins de santé;
- obtenir de la rétroaction relativement aux domaines prioritaires proposés quant aux améliorations.

Plus de 1 500 personnes ont assisté aux séances. Un questionnaire en ligne et un sondage téléphonique ont donné d'autres occasions d'exprimer des commentaires.

Dans l'ensemble, les thèmes clés suivants sont ressortis :

- les participants étaient généralement d'accord avec les priorités proposées par le RLISS;
- on a invariablement soulevé des problèmes à propos des services des urgences, des ressources humaines dans le domaine de la santé, de la santé mentale et de la toxicomanie, de l'accès aux renseignements sur la santé et de l'accès aux services, y compris au transport et à la navigation au sein du système;
- la reconnaissance, par le RLISS, du fait que de nombreux partenaires contribuent à la santé globale des habitants du Sud-Ouest et qu'il doit veiller à faire participer ces partenaires (ex. : médecins, ambulances, autres ministères et municipalités). Ainsi, le RLISS peut partager l'information qu'il obtient par suite de ses interactions avec les organismes appropriés, pour veiller à ce que le public puisse mieux se faire entendre durant tous les processus.

Nous avons également tenu trois séances ciblées de mobilisation envers le PSSI-Plan directeur en compagnie de la collectivité autochtone, de la collectivité francophone et de représentants qui s'occupent de nouveaux immigrants.

Nous avons tendu la main à nos fournisseurs de services de santé pour obtenir leurs commentaires par le biais d'une série de symposiums. Ce sont les gens qui comprennent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et, surtout, ce qu'il faut changer pour réaliser un système de soins pleinement intégré.

Une interaction soutenue avec le comité directeur et les comités consultatifs du RLISS a eu lieu tout au long de l'élaboration du PSSI et du Plan directeur. Ces comités comprenaient le comité directeur de la conception du système de santé, le comité directeur sur la qualité et les meilleurs niveaux de soins, le comité directeur sur la prévention et la gestion des maladies chroniques, le comité directeur sur la cybersanté et le Comité consultatif des professionnels de la santé.

Nous avons également cherché à connaître les commentaires des trois tables de fournisseurs de la région et des quatre tables géographiques, au sein de notre RLISS. Ces tables comptent des représentants de la plupart des secteurs des soins de santé, y compris de certains que ne sont pas financés par les RLISS, comme celui de la santé publique. Nous avons aussi consulté la South West Addictions & Mental Health Coalition pour obtenir sa rétroaction. Ces tables se réunissent toutes régulièrement, tout au long de l'année. Leurs points de vue et leurs commentaires sont des plus précieux pour ce qui est d'aider à façonner le système de soins de santé de l'avenir.

Pour aider à finaliser le document du Plan directeur – Vision 2022, nous avons tenu des séances de perfectionnement ciblées en compagnie de médecins et de groupes qui représentent des services relatifs aux soins continus complexes, aux soins de longue durée, à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, aux soins aux cancéreux, aux soins aux malades en phase critique, aux soins d'urgence, à la médecine, à la chirurgie, à la santé mentale et à la toxicomanie, aux femmes et à la pédiatrie.

Nous avons incorporé la rétroaction obtenue durant ces séances de mobilisation à notre PSSI 2010-2013 et à notre Plan directeur – Vision 2022. Les deux documents vont nous orienter vers la réalisation d'un système de soins pleinement intégré grâce auquel les gens obtiendront les soins appropriés, quand ils en auront besoin, auprès du bon fournisseur, dans le contexte le plus approprié. Ce sera un long cheminement, mais un cheminement essentiel si nous voulons continuer d'avoir l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde.

Une mobilisation de longue durée

Les séances de mobilisation mentionnées ci-dessus visaient précisément à influer sur notre PSSI et notre Plan directeur. Le RLISS du Sud-Ouest croit cependant qu'une véritable mobilisation est soutenue, significative et régulière. Chaque réunion, chaque événement communautaire, chaque conversation sont des occasions de faire participer nos intervenants.

L'an dernier, nous avons travaillé en collaboration avec l'AMO pour tenir quatre séances de mobilisation à l'intention des médecins. Le RLISS du Sud-Ouest va continuer de faire participer activement ses fournisseurs, ses partenaires et le public.

Vous trouverez ci-dessous certaines des activités courantes qui nous permettent de connaître les succès remportés sur le terrain, les préoccupations, les questions émergentes et les idées innovatrices :

- séances de conseil à conseil tenues avec des conseils d'administration de fournisseurs de services de santé;
- forums mensuels à l'intention des dirigeants des hôpitaux et du CASC;
- réunions et présentations sur invitation;
- sondages et groupes de consultation.

Mobilisation des autochtones

Cette année, nous avons établi le comité autochtone du RLISS du Sud-Ouest pour examiner les problèmes et les préoccupations des collectivités autochtones et pour collaborer à la recherche de solutions. Le comité autochtone établit et, si possible, met en œuvre des approches pratiques visant à améliorer la santé des autochtones qui habitent le secteur du RLISS du Sud-Ouest. Le comité se réunit tous les mois :

- pour dialoguer, conseiller et travailler en collaboration avec les organismes membres et d'autres organismes appropriés en vue de recenser les besoins et d'apporter respectivement des ressources et de l'expertise aux initiatives conjointes, de façon à aborder ces besoins; cela comprend, dans la mesure du possible, de l'expertise et des ressources provenant d'autres organismes et d'autres paliers de l'administration publique;
- pour conseiller le personnel du RLISS en ce qui concerne des problèmes et des solutions communautaires;
- pour assurer la coordination avec d'autres groupes consultatifs et de travail pour veiller à ce que la haute direction du RLISS soit consciente des points de vue, des questions et des initiatives des collectivités autochtones régionales;
- pour favoriser la tenue de réunions où l'on échange de l'information et l'on discute de problèmes et d'idées avec des citoyens autochtones, leurs collectivités et leurs organismes de services ainsi que pour participer à ces rencontres;
- pour faciliter l'accès des représentants autochtones appropriés à divers comités, comme demandé.

En plus des réunions du comité autochtone, le RLISS a tenu sa deuxième rencontre annuelle sur la santé des autochtones, laquelle a réuni des fournisseurs de soins de santé et des leaders de la collectivité autochtone provenant de tous les coins du RLISS.

Mobilisation des francophones

Le RLISS tient régulièrement des rencontres avec des représentants de la collectivité et d'organismes francophones du Sud-Ouest. Ces réunions donnent l'occasion de recenser des lacunes dans la disponibilité des services de santé en français et d'établir une compréhension commune des défis auxquels font face les francophones pour ce qui est d'avoir accès aux soins de santé.

En janvier 2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la création d'entités de planification en français dans des régions situées à travers la province, par le biais d'un nouveau règlement pris en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Ces entités seront choisies par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et elles travailleront en collaboration avec les 14 RLISS pour veiller à ce que la planification de la santé, au niveau

local, tienne compte des besoins des collectivités francophones.

Les conseils et les commentaires que les entités de planification vont fournir aux RLISS comprennent les suivants :

- des façons de faire participer la collectivité francophone de la région;
- les besoins et les priorités en matière de santé de la collectivité francophone locale;
- le recensement des services de santé à l'intention des francophones et des fournisseurs de soins de santé francophones qui sont actuellement disponibles dans la collectivité;
- l'amélioration de l'accès aux services de santé en français dans la région et l'intégration de ces services.

Le RLISS du Sud-Ouest a hâte de travailler en collaboration avec l'entité de langue française lorsque cette dernière sera établie, plus tard en 2010.

Entente de responsabilisation ministère-RLISS (ERMR)

L'*Entente de responsabilisation ministère-RLISS (ERMR)* définit clairement la relation qui existe entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Sud-Ouest, dans la prestation des programmes et des services locaux de soins de santé.

Elle établit une compréhension mutuelle entre le Ministère et le RLISS et elle expose les grandes lignes des responsabilités et des obligations de chaque organisme ainsi que des indicateurs de rendement respectifs, quant à une période définie au préalable.

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Point de départ de 2009-2010 du RLISS	Objectif de rendement de 2009-2010 du RLISS	Résultats annuels de l'exercice financier 2009-2010 du RLISS	Marge de rendement	Objectif du RLISS atteint ou se situant dans la marge
90e percentile du temps d'attente pour chirurgies du cancer	84 jours	88	70	96	63-77	**NON**
90e percentile du temps d'attente pour chirurgie de la cataracte	182 jours	90	90	85	81-99	**OUI**
90e percentile du temps d'attente pour arthroplastie de la hanche	182 jours	160	160	151	144-175	**OUI**
90e percentile du temps d'attente pour arthroplastie du genou	182 jours	204	182	172	163,8-200,20	**OUI**
90e percentile du temps d'attente pour examen par IRM de diagnostic	28 jours	132	110	64	82,50-137,50	**OUI**
90e percentile du temps d'attente pour tomodensitogramme de diagnostic	28 jours	34	28	41	21-35	**NON**
Médiane du temps d'attente quant au placement en foyer de soins de longue durée – tous les placements	50 jours	90	88	84	66-110	**OUI**
Pourcentage des journées d'attente d'autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS d'établissement	9,46 %	12,55 %	9,00 %	10,57 %	8,1-9,9	**NON**
Pourcentage de patients admis en salles des urgences qui sont traités dans le délai visé de 8 heures	90,0 %	57,00 %	59,00 %	56,98 %	58,00-59,00	**NON**
Pourcentage de patients non admis en salle des urgences, les cas très graves étant traités dans le délai visé de 8 heures et les cas moyennement graves étant traités dans le délai visé de 6 heures.	90,0 %	91,00 %	92,00 %	90,31 %	92,00	**NON**
Pourcentage de patients non admis en salle des urgences, les cas peu graves étant traités dans le délai visé de 4 heures.	90,0 %	91,00 %	92,00 %	89,86 %	92,00	**NON**

Veuillez voir les notes explicatives, à la page 14

Nos résultats montrent que nous avons atteint nos objectifs quant à de nombreux indicateurs de rendement, en respectant non seulement les objectifs de notre propre RLISS, mais en dépassant les objectifs provinciaux dans plusieurs domaines. Cependant, il reste des mesures du rendement qui ne respectent pas nos objectifs et nous continuons de travailler en collaboration avec nos fournisseurs de services de santé pour améliorer ces résultats.

En particulier, bien que le pourcentage de journées d'attente d'ANS se soit amélioré depuis l'an dernier, il reste plus élevé que l'objectif provincial. Plusieurs programmes et initiatives, dans le Sud-Ouest, ont favorisé l'amélioration par rapport à l'année précédente. Ainsi, en 2009-2010, près de 200 lits de soins de longue durée ont été ajoutés au système, 400 lits supplémentaires devant être mis en place durant les douze prochains mois. Mais les foyers de soins de longue durée ne sont qu'une partie de la solution aux pressions relatives aux ANS et plusieurs autres programmes ont été financés pour aider des personnes âgées, qui restent dans leur propre domicile ou qui y retournent, à obtenir les mesures de soutien dont elles ont besoin. Ainsi, parmi les initiatives qui aident à réduire les pressions en matière d'ANS, mentionnons :

- **l'Unité de soins de transition (UST)** : 7 222 journées-patients économisées (2009-2010);
- **les places intérimaires dans les foyers de soins de longue durée et/ou services d'aide à la vie autonome dans la collectivité** : 14 admissions ont eu recours à des places de soins de longue durée intérimaires, depuis mars 2009 : une réduction réussie de 12 lits pour patients hospitalisés, rotation accrue des patients, augmentation du nombre de clients aidés dans la collectivité;
- **l'équipe de réadaptation communautaire par suite d'accident vasculaire cérébral** : les places d'ANS consacrées à la réadaptation ont diminué de 32 pour 100 à l'Hôpital St. Joseph. Tous les emplacements voient la capacité de donner leur congé à des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral en les envoyant directement de la salle des urgences jusqu'à l'équipe de réadaptation communautaire, prévenant ainsi l'admission à l'hôpital;
- **l'amélioration de la qualité et des processus** : Hôpital général de St. Thomas-Elgin;
- **le programme « attente à domicile »** : 59 clients; 2 104 journées d'hôpital économisées (2009-2010).

Le RLISS du Sud-Ouest s'est engagé envers l'amélioration soutenue du système et, dans le cadre de cet engagement, il continuera de déterminer et d'incorporer des mesures visant l'harmonisation avec les priorités et les objectifs locaux et provinciaux. De concert avec nos fournisseurs de services de santé, nous veillerons à utiliser un système de mesure du rendement sérieux qui permettra d'évaluer l'amélioration en matière de prestation des soins de santé.

Notes explicatives

Temps d'attente et indicateurs des salles des urgences :

Résultats annuels du RLISS quant à l'exercice financier (E.F.) 2009-2010 = valeur du rendement annuel réel d'avril 2009 à mars 2010

Indicateurs non liés aux temps d'attente :

Indicateur de placement en foyer de soins de longue durée (FSLD) : résultats annuels du RLISS quant à l'E.F. 2009-2010 = valeur du rendement annuel réel d'avril 2009 à mars 2010
Indicateur d'ANS : le pourcentage des journées d'ANS du 4e trimestre est estimé d'après les données des 1er, 2e et 3e trimestres de 2009-2010. Les résultats annuels du RLISS, pour l'E.F. 2009-2010, sont aussi estimés selon les données du 1er au 4e trimestres de 2009-2010.

Valeurs de rendement utilisées – E.F. 2009-2010

Pour tous les indicateurs du 90e percentile des temps d'attente, si le point de départ de 2009-2010 du RLISS est **SUPÉRIEUR** à l'objectif provincial, le rendement à la fin de l'exercice financier du RLISS est évalué par rapport à la valeur du rendement réel du 4e trimestre de 2009-2010.

Pour tous les indicateurs du 90e percentile des temps d'attente, si le point de départ de 2009-2010 du RLISS est **INFÉRIEUR** à l'objectif provincial, le rendement à la fin de l'exercice financier du RLISS est évalué par rapport à la **valeur du rendement annuel réel durant l'E.F. 2009-2010**.

Pour le pourcentage des journées d'ANS et pour la médiane du temps d'attente de placement en FSLD, le rendement du RLISS est évalué par rapport aux résultats du RLISS qui sont disponibles quant au 4e trimestre de l'exercice financier **(c.-à-d. les données pour les trimestres 1, 2 et 3 de 2009-2010)**.

Pour les trois indicateurs de durée du séjour des soins d'urgence, le rendement de fin d'exercice du RLISS est évalué par rapport au rendement du RLISS durant l'exercice financier au complet **(Valeur du rendement annuel réel durant l'E.F. 2009-2010)**.

Définitions :

Marge de rendement : Tous les objectifs de rendement convenus prévoient une fourchette respective de rendement acceptable. Si le rendement se situe à l'extérieur de la fourchette, le RLISS doit produire, à l'intention du ministère de la Santé, un rapport sur les écarts pour démontrer comment il prévoit améliorer son rendement et atteindre une valeur se situant dans la marge de rendement.

90e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer et pour arthroplastie du genou ou de la hanche : temps d'attente, depuis le moment où le chirurgien et le patient décident d'aller en chirurgie jusqu'à ce que l'intervention soit terminée. 90e = délai au bout duquel l'intervention est terminée pour 90 pour 100 des patients. Indiqué en jours. La marge de rendement est fixée à ± 10 pour 100.

90e percentile du temps d'attente pour IRM ou tomodensitogrammes : temps d'attente depuis l'ordonnance d'examen diagnostique jusqu'à l'achèvement de l'examen. 90e = délai au bout duquel le processus est terminé pour 90 pour 100 des patients. Indiqué en jours. La marge de rendement est fixée à ± 25 pour 100.

Pourcentage de journées d'attente d'autres niveaux de soins (ANS) : pourcentage de jours de patient hospitalisé lorsque le médecin (ou autre intervenant désigné) a indiqué qu'un patient occupant un lit d'hôpital du service des soins actifs a terminé la phase de soins actifs de son traitement. Indiqué en pourcentage. La marge de rendement est fixée à ± 10 pour 100.

Taux des personnes se rendant aux salles des urgences, mais qui pourraient être traitées ailleurs : taux normalisé selon l'âge par 1 000 personnes se rendant aux services des urgences pour des états pouvant se traiter dans un autre contexte de soins primaires. Indiqué en taux par 1 000. La marge de rendement est fixée à ± 10 pour 100.

Défis en matière de temps d'attente dans les salles des urgences et de patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS)

Les longs temps d'attente, dans les salles des urgences, et les places de soins actifs qui sont occupées par des patients en attente d'autres niveaux de soins continuent de présenter des défis dans le Sud-Ouest. La réduction des temps d'attente et la réduction des pressions relatives aux ANS restent des priorités clés pour le RLISS et pour le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Plusieurs programmes et initiatives visent précisément ces priorités et sont décrits ci-après.

Il est cependant utile de noter que les temps d'attente dans les salles des urgences et les pressions relatives aux ANS, dans le Sud-Ouest, varient grandement selon les régions et que les causes sous-jacentes diffèrent d'une région à l'autre.

Notre population âgée, laquelle représente actuellement 15 pour 100 de notre population totale, devrait augmenter à plus de 20 pour 100 en 2022; elle est un facteur contributif significatif de notre nombre total de journées d'attente d'ANS. À London, le rapport des places de soins de longue durée de 80 par 1 000 habitants ayant plus de 75 ans est considérablement moindre que le nombre de 100 lits par 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans qui a longtemps été la norme. Les comtés d'Oxford et Middlesex ont des listes d'attente plus longues quant aux places de soins de longue durée par rapport au nombre de places par comté. London-Middlesex compte environ 3 000 lits de soins de longue durée et une liste d'attente d'environ 1 200 personnes. Par contre, Grey Bruce compte environ 1 000 places et une liste d'attente de seulement 250.

Les facteurs suivants viennent s'ajouter aux patients en attente d'ANS pour ce qui est d'influer sur les salles des urgences :

- en 2008-2009, 15,2 pour 100 des visites aux salles des urgences effectuées par des personnes âgées vivant dans la collectivité n'étaient pas urgentes;
- en 2008-2009, 28,6 pour 100 des visites aux salles des urgences étaient considérées non urgentes ou peu urgentes dans le cas des personnes âgées présentant des troubles du comportement. De ce nombre, 14,6 pour 100 des visites ont abouti à l'hospitalisation;
- une visite sur dix aux salles des urgences, parmi les habitants du RLISS du Sud-Ouest, est attribuable à une personne atteinte d'une maladie chronique comme le cancer, le diabète, la dépression, une maladie du coeur, l'hypertension, un accident vasculaire cérébral, l'asthme, une MPOC et l'arthrite;
- 465 des 1 095 visites aux salles des urgences (43 pour 100) effectuées par des autochtones âgés étaient attribuables à des états non urgents ou peu urgents;
- l'insuffisance de la capacité communautaire : confinement des services par le CASC (programme « attente à domicile », Safe at Home [en sécurité à domicile]); accès à un médecin; services de soutien abordables dans la collectivité, etc.

Le RLISS du Sud-Ouest continue de se concentrer sur l'accroissement de la capacité dans la collectivité pour réduire les visites aux salles des urgences et pour abréger les durées de séjour en utilisant une combinaison de stratégies à court et à long termes qui influent directement et indirectement sur les ANS et sur la possibilité d'éviter le recours aux salles des urgences et/ou de déroutement.

Les programmes financés durant les années un et deux de la Stratégie Vieillir chez soi ont influé sur le nombre de recours aux salles des urgences qui ont pu être évités; il est cependant difficile d'attribuer à une stratégie particulière les résultats obtenus en matière d'ANS ou de salles des urgences. Les investissements provenant de la Stratégie vieillir chez soi qui contribuent à faire éviter le recours aux salles des urgences comprennent les programmes de prévention des chutes, Safe at Home (en

sécurité à domicile), les programmes de jour pour adultes, le programme Premier lien et diverses initiatives de mieux-être. Vous trouverez ci-après quelques résultats réels obtenus par des programmes financés :

- **GEM :** 30 pour 100 des personnes ayant subi le dépistage ont été autorisées à retourner à la maison et mises en rapport avec d'autres services. De ces 30 pour 100, 88 pour 100 se sont fait recommander de nouveaux services (2008-2009);
- **Safe at Home (en sécurité à domicile) :** 788 clients; taux d'évitement des salles des urgences de 86 pour 100 (95 pour 100 de tous les clients de l'ÉSDA); 82 516 journées d'hospitalisation et/ou de soins de longue durée évitées; coût total de 3 345 342 $; coût moyen par client de 4 686 $; durée moyenne du séjour de 102,84 jours; 689 personnes servies; durée moyenne de séjour de 102 jours;
- **sensibilisation aux soins de longue durée dirigée par des infirmières :** les efforts se sont concentrés sur la création de partenariats de travail et sur les interventions requises.

Certains programmes financés ont aussi favorisé directement la réduction des pressions quant aux patients en attente d'ANS :

- **Unité de soins de transition (UST) :** 7 222 jours-patients épargnés (2009-2010);
- **places provisoires dans des foyers de soins de longue durée et/ou services d'aide à la vie autonome dans la collectivité :** 14 admissions ont fait appel à des places provisoires de soins de longue durée depuis mars 2009 – réduction réussie de 12 places de patients en établissement, accroissement des rotations de patients, nombre accru de clients appuyés dans la collectivité;
- **équipe de réadaptation communautaire par suite d'accident vasculaire cérébral :** la réadaptation des patients en attente d'ANS a diminué de 32 pour 100 à l'Hôpital St. Joseph. Tous les emplacements voient la possibilité d'autoriser à sortir les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral en les envoyant directement depuis la salle des urgences jusqu'à l'équipe de réadaptation communautaire par suite d'accident vasculaire cérébral, évitant ainsi l'admission à l'hôpital;
- **amélioration de la qualité et des processus** – Hôpital général de St. Thomas;
- le **programme « attente à domicile »** est un autre facteur qui a favorisé la réduction du nombre de journées d'attente d'ANS : 59 clients; 2 104 journées-hôpitaux épargnées; coût total de 218 708 $; coût moyen par client de 4 050 $; durée moyenne du séjour de 36,59 jours (2009-2010).

En plus des investissements effectués par la Stratégie vieillir chez soi qui sont énumérés ci-dessus, le plus grand investissement quant aux patients en attente d'ANS prend la forme de 608 nouvelles places de soins de longue durée, à London. La première tranche de ces places est offerte depuis mars 2010; les 400 autres places devraient être disponibles au cours des 12 prochains mois.

Nous allons continuer d'orienter nos efforts vers l'amélioration de la capacité dans la collectivité, pour éviter des visites aux salles des urgences. Nous avons commencé et nous sommes sur la bonne voie. Durant l'année qui vient, nous allons nous concentrer sur les personnes âgées à haut risque, sur celles qui présentent des comportements difficiles et des états chroniques et sur les autochtones âgés, ainsi que sur l'amélioration de la qualité et des processus pour réduire le gaspillage et améliorer l'acheminement.

Mise à jour sur les priorités du Plan de services de santé intégrés

Notre premier Plan de services de santé intégrés (PSSI), publié il y a trois ans, était le fruit d'une consultation considérable tenue auprès de nos fournisseurs de services de santé et de presque 4 000 habitants relevant du RLISS du Sud-Ouest. Le PSSI est le document fondamental qui a orienté nos activités et qui a permis de veiller à ce que les programmes et les initiatives qu'appuyait notre RLISS correspondent aux priorités recensées en matière de soins de santé. Nous sommes fiers des progrès réalisés dans le Sud-Ouest pour ce qui est de nous orienter vers la réalisation d'un système de soins de santé intégrés et nous voulons faire part de certaines des activités et des réalisations qui ont contribué à nos progrès.

D'après notre compréhension des questions et des possibilités locales, au sein du Sud-Ouest, nous avons recensé quatre priorités d'intégration et deux priorités d'habilitation.

Le renforcement et l'amélioration des soins de santé primaires

Le fait de posséder une infrastructure de soins de santé primaires solide est un facteur contributif d'une meilleure situation en matière de santé pour toute la population. Le renforcement et l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé primaires, grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination, constituent donc une composante fondamentale d'un système de santé intégré dans le Sud-Ouest.

Cette dernière année, plusieurs activités ont eu des conséquences favorables directes sur la disponibilité des soins de santé primaires à l'égard des habitants du RLISS du Sud-Ouest. À mesure que notre exercice financier tirait à sa fin, le nouveau Centre de santé communautaire de Woodstock s'apprêtait à ouvrir ses portes et l'élaboration d'un Centre de santé rural continuait de progresser, à Markdale. Les deux vont réunir une équipe pluridisciplinaire pour offrir aux gens un contexte de soins de santé holistique. Cela va grandement améliorer l'accès aux soins primaires dans ces collectivités.

Prévention et gestion des maladies chroniques

Bien que les Ontariens soient relativement en bonne santé et qu'ils aient accès à l'un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde, nous connaissons une forte incidence de maladies chroniques, laquelle constitue un énorme fardeau financier tant au point de vue des coûts réels des soins de santé que de la perte de productivité à l'égard de l'économie. Notre population allant en vieillissant, la prévalence des maladies chroniques comme le diabète et les maladies chroniques des reins va continuer d'augmenter et la dépendance exclusive envers un système de soins actifs n'est pas viable. La gestion des maladies chroniques est une responsabilité communautaire qui est appuyée par des médecins de famille et par le réseau de services de santé sociaux et communautaires, de façon à aider les patients à maximiser leur santé et leur autonomie.

Le fait d'enseigner aux gens à gérer eux-mêmes leur maladie et de mettre les ressources appropriées à leur disposition est un aspect fondamental de la stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques du RLISS du Sud-Ouest (SPGMC). Le cadre de la SPGMC de l'Ontario illustre qu'un système de soins de santé axé sur de bons soins des maladies chroniques peut exister dans une collectivité où le contexte, la politique publique et les mesures influent sur la prestation des soins et appuient cette dernière. C'est dans ce cadre que le RLISS du Sud-Ouest a concentré ses efforts.

Par l'entremise du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes, le RLISS a offert du soutien quant à la création d'une trousse à l'intention des fournisseurs pour aider ces derniers à encourager et à soutenir leurs

patients dans la gestion de leurs maladies chroniques. Il en a résulté ***Self-Management in Theory and Practice*** (l'autogestion en théorie et en pratique), une trousse à l'intention des fournisseurs que viennent appuyer un site Web et des ateliers qui initient les patients aux concepts de l'autogestion et au rôle du professionnel dans cette autogestion. Ces éléments ont été lancés avec succès à l'été 2009 et, à la fin de l'exercice financier, 2 000 trousses avaient été produites et plus de 1 500 exemplaires avaient été distribués à travers la province, par l'entremise du London InterCommunity Health Centre. Cette trousse est considérée être une ressource clé, à l'échelle de la province.

La stratégie d'autogestion va continuer de croître pour devenir une démarche complète qui inclura une gamme d'outils à l'intention des fournisseurs et des consommateurs.

Financée par le ministère des Finances, l'initiative ***Partnerships for Health*** (partenariats pour la santé) vise à faire participer un certain nombre de fournisseurs de services de santé pour assurer la coordination des soins offerts aux patients. Il s'agit d'une démarche interdisciplinaire et d'équipe quant aux soins relatifs au diabète qui permet d'améliorer la maîtrise de la glycémie et de veiller à ce que les personnes diabétiques reçoivent des soins de prévention et de gestion des maladies chroniques qui soient fondés sur des preuves, de façon à réduire les complications. Deux ans après le début de l'initiative, les équipes participantes ont lancé de nouveaux processus pour améliorer l'autogestion par les patients, la coordination des soins, la restructuration du système de prestation ainsi que l'usage amélioré de l'information et de la technologie de l'information, en obtenant des résultats remarquables.

On a demandé au RLISS du Sud-Ouest, lequel est reconnu comme l'un des premiers à avoir adopté la ***Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète***, de soumettre des recommandations sur un modèle de services, y compris quant à l'élargissement du programme, des services et des ressources nécessaires qui miserait sur l'infrastructure existante. Notre rapport comprenait des recommandations sur un modèle de prestation des services qui repose sur la coordination aux niveaux régional et sous-RLISS de tous les services relatifs au diabète. Il incluait également des recommandations sur l'élargissement des services. En novembre, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé ses plans d'élargissement des services, lesquels incluaient le lancement de centres de coordination régionale et l'expansion des équipes, à travers l'Ontario. Le Sud-Ouest a reçu trois nouvelles équipes affectées au diabète.

Le ***Réseau ontarien des services de traitement des troubles rénaux*** se compose d'un bureau provincial, hébergé chez Action Cancer Ontario, et de 14 programmes régionaux de traitement des troubles rénaux; il représente une démarche renouvelée visant à mieux organiser et à mieux gérer la prestation des services relatifs aux troubles rénaux. Parmi les priorités initiales du Réseau ontarien des services de traitement des troubles rénaux, mentionnons l'embauche de directeurs administratifs régionaux et de chefs cliniques pour chaque programme régional de traitement des troubles rénaux, l'établissement et la mise en œuvre de normes et de directives quant à la prestation de soins rénaux de qualité, l'élaboration de systèmes d'information et de mesures du rendement ainsi que l'évaluation constante des besoins et la planification soutenue de la capacité.

Parmi les réalisations du programme de traitement des troubles rénaux du Sud-Ouest, en partenariat avec le Réseau ontarien des services de traitement des troubles rénaux, mentionnons :

- l'évaluation des besoins avec projections jusqu'à la période 2013-2020;
- la planification de la capacité quant à l'élargissement des emplacements satellites;
- l'ensemble minimal de données axé sur les patients quant à la divulgation et à la gestion du rendement;

- l'offre d'entrevues de motivation et de formation d'autogestion aux membres du personnel;
- la mobilisation du secteur des soins de longue durée pour évaluer si on veut offrir la dialyse péritonéale et si on est prêt à le faire;
- la campagne de sensibilisation et d'éducation sur la dialyse à domicile à l'intention des patients de London;
- la planification d'une stratégie de sensibilisation aux soins primaires pour se concentrer sur la prévention et sur le recensement précoce des patients se trouvant au stade prédialyse.

Établissement de liens le long du continuum : personnes âgées et adultes ayant des besoins complexes

Les personnes âgées et les adultes qui ont des besoins complexes représentent un segment croissant de la population du Sud-Ouest. Pour veiller à ce que les gens puissent se déplacer facilement au sein du système, les fournisseurs de services de santé situés le long du continuum doivent collaborer pour atteindre des résultats optimums, en matière de santé.

Grâce au lancement de la stratégie Vieillir chez soi de la province, en 2007, le RLISS a pu financer plusieurs initiatives qui abordaient directement les exigences des personnes âgées et des adultes ayant des besoins complexes. Parmi ces initiatives, mentionnons :

- **Le programme d'aide à la vie autonome de Tillsonburg**, qui permet à des gens d'obtenir du soutien dans leur propre domicile sans avoir à emménager dans un logement avec services de soutien désigné. Des travailleurs sociaux font également partie intégrante du programme, de sorte que les gens et les membres de leur famille peuvent travailler avec la même personne durant toute la transition menant de l'hôpital à la collectivité. Le Programme de soins de transition a connu de nombreux succès durant ses 11 premiers mois, dont les suivants :
  - 30 personnes ont obtenu du soutien leur permettant de retourner à domicile, dans leur collectivité, plutôt que d'être admis chez un foyer de soins de longue durée;
  - la fermeture de 12 lits de soins continus complexes, à l'hôpital, s'est maintenue sans causer de tension additionnelle au sein du système, permettant à l'hôpital de mieux concentrer ses ressources;
  - le service des urgences a acheminé 26 personnes au CASC; le flux de ces patients au sein du système est grandement facilité grâce à la participation accrue du CASC, lequel peut orienter les patients vers le niveau et le genre de soins dont ils ont besoin;
  - l'ouverture de quatre places de soins de longue durée provisoires, lesquelles ont permis à 13 personnes de quitter l'hôpital plus rapidement et d'obtenir des soins dans un contexte plus approprié. Ces lits sont considérés être provisoires, les personnes qui y sont admises attendant un placement dans le foyer de soins de longue durée de leur choix.

- **L'Unité de soins de transition de l'Hôpital Parkwood** permet de s'occuper des personnes âgées qui exigent toujours des soins hospitaliers, mais qui n'ont pas besoin d'occuper un lit de soins actifs. En acheminant ces patients en attente d'ANS vers cette unité, on libère des places au profit de personnes qui exigent des soins actifs. En 2009-2010, 7 222 journées-patients de soins actifs ont été économisées grâce à cette unité.

- **L'équipe de réadaptation communautaire par suite d'accident vasculaire cérébral** a remporté un franc succès pour ce qui est d'offrir des services de réadaptation à domicile à des patients qui se remettaient d'un accident vasculaire cérébral. Les hôpitaux du RLISS peuvent autoriser des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral à sortir en passant directement de la salle des urgences à l'équipe de réadaptation communautaire par suite

d'accident vasculaire cérébral, ce qui prévient l'admission à l'hôpital.

À mesure que nous allons de l'avant avec notre PSSI 2010-2013 rafraîchi, nous sommes en train d'élaborer notre stratégie Vieillir chez soi triennale, laquelle continuera de se concentrer sur les visites aux services des urgences et sur les admissions à l'hôpital qui sont évitables, par l'entremise des mesures suivantes :

- créer un système de soins pour personnes âgées présentant des défis de comportement;
- orienter un système de soins à l'intention des personnes âgées à haut risque;
- renforcer les programmes d'amélioration de la qualité et des processus;
- rehausser les services offerts aux personnes âgées autochtones;
- mettre en œuvre des programmes de soutien d'autogestion à l'intention de personnes âgées atteintes d'états pathologiques chroniques.

Avoir accès aux bons services, offerts au bon endroit, au bon moment et par les bons fournisseurs

Durant la seconde partie de 2009-2010, le RLISS du Sud-Ouest a lancé son ***Plan directeur du système de santé – Vision 2022***. L'un des objectifs directeurs du plan consiste à répondre à la priorité de notre premier PSSI, laquelle consistait à assurer l'accès aux bons services, offerts au bon endroit, au bon moment et par les bons fournisseurs. Reconnaissant que la transformation du système de soins de santé en se fera pas rapidement, le plan directeur donne une direction qui orientera le travail du RLISS et des fournisseurs de services de santé de tous les secteurs, sur une période de plusieurs années.

Le RLISS a également appuyé la ***collaboration « Flo »*** *("Flo" Collaborative)*, l'initiative du Centre for Healthcare Quality Improvement (CHQI), de la Change Foundation, qui s'applique dans l'ensemble de la province; cette initiative vise à aborder les processus de prestation des soins pour que la transition des patients, qui passent des hôpitaux de soins actifs à d'autres contextes, se fasse plus rapidement et plus en douceur pour les patients et leur famille ainsi que pour les membres du personnel qui s'occupent d'eux.

En fin de compte, la collaboration « Flo » a permis d'atteindre un jalon sans précédent en matière d'amélioration de la qualité des deux initiatives du RLISS du Sud-Ouest. Misant sur l'élan acquis aux deux emplacements initiaux, nous avons lancé une stratégie d'élargissement au printemps 2009 pour étendre les changements et les idées clés à d'autres organismes du RLISS qui ne faisaient pas partie du projet pilote. La deuxième phase a donné lieu à plusieurs autres partenariats qu'on a formés pour partager des idées et des pratiques exemplaires et, surtout, pour mettre en œuvre des changements qui auraient un effet constructif sur l'expérience vécue par les gens, dans un contexte hospitalier. La collaboration cherche à établir une navigation efficace, rentable et axée sur les patients à travers le système des soins de santé, depuis le moment où une personne est admise à l'hôpital jusqu'au moment où elle obtient son congé et au-delà. La collaboration « Flo » permet aux fournisseurs de servir les patients beaucoup plus rapidement, ce qui signifie que les traitements sont offerts aux moments les plus bénéfiques pour les patients, dans le contexte approprié.

Notre premier PSSI a également cerné deux priorités d'habilitation : la cybersanté et les ressources humaines dans le domaine de la santé.

Cybersanté

Les initiatives de cybersanté qui se déroulent dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest ont continué de progresser tout au long de 2009 et au début de 2010, alors que les germes des systèmes d'information et de technologie clinique qui avaient été plantés durant les années précédentes ont commencé à porter fruit.

L'une de ces initiatives était le système d'interface entre les cabinets des médecins et les dossiers médicaux électroniques régionaux du Sud-Ouest (SPIRE), lequel est entré en service en 2009, les dossiers médicaux électroniques des hôpitaux étant transmis aux médecins par voie électronique plutôt que par télécopieur.

Une autre était la phase un du projet de jumelage clients-ressources et acheminement en ce qui concerne les patients en attente d'autres niveaux de soins (ANS) : cette collaboration entre quatre RLISS, soit ceux du Sud-Ouest, d'Érié-St. Clair, de Waterloo-Wellington et de Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant, s'est terminée avec succès juste avant la fin de l'exercice financier.

Dans tout cela, le RLISS du Sud-Ouest a continué de travailler en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et avec Cybersanté Ontario, en cherchant à établir des synergies tant chez des systèmes existants que chez de nouveaux.

Ressources humaines dans le domaine de la santé

Pour pouvoir donner accès à des services de haute qualité, rentables et axés sur les patients, il faut avoir le bon assortiment de fournisseurs de soins de santé, possédant les bonnes compétences, au bon endroit et au bon moment. Il est essentiel de créer et de maintenir l'assortiment approprié de travailleurs des soins de la santé si nous voulons respecter le mandat du RLISS qui consiste à élaborer un système de soins de santé pleinement intégré dans le Sud-Ouest.

À cette fin, le RLISS du Sud-Ouest a travaillé en étroite collaboration avec la stratégie ProfessionsSantéOntario (PSO), par l'entremise du Programme de partenariats communautaires de cette dernière, une initiative qui vise à intégrer et à coordonner le recrutement des médecins dans la province. Les coordonnateurs du Programme de partenariats communautaires travaillent au sein des secteurs du RLISS et appuient des collectivités et des employeurs pour les rendre davantage « prêts à recruter », en fournissant de l'information et de l'éducation sur des outils de recrutement, des stratégies et des ressources efficaces.

Jusqu'à présent, le Sud-Ouest a remporté un succès considérable en ce qui concerne le recrutement des médecins de famille et/ou des médecins de salles des urgences. Ce succès est en grande partie attribuable au travail inlassable de nos agents dévoués de recrutement des médecins ainsi que des comités communautaires et/ou hospitaliers qui favorisent le recrutement des médecins et leur rétention au niveau local grâce à diverses démarches, y compris la participation de jeunes de l'endroit aux carrières des soins de santé, le recensement des possibilités d'équilibrer le travail et la vie personnelle pour les nouvelles familles ainsi que les initiatives qui appuient les besoins en matière d'emploi du conjoint ou de la conjointe, au sein des collectivités.

L'organisme et le recrutement régional se sont concentrés sur la création de liens directs avec les écoles de médecine de la province, sur le travail en collaboration avec des diplômés internationaux en médecine et sur le rapatriement de médecins partis aux États-Unis. Nous avons hâte de mettre à profit le travail et la réussite formidable que nous avons déjà accomplie et atteinte avec nos partenaires du PSO.

En plus de travailler en partenariat avec PSO, faire avancer notre priorité quant aux Ressources humaines du domaine de la santé exige que nous comprenions le contexte d'aujourd'hui. Reconnaissant que les services des urgences sont une porte d'entrée critique au système des soins de santé, maintenir l'accès à cette porte d'entrée, dans le Sud-Ouest, est un défi que nous devons considérer dans le cadre du continuum de soins au complet.

En décembre 2008, le RLISS du Sud-Ouest a lancé une étude du contexte des ressources humaines qui entoure nos services des urgences. Plus de 100 personnes ont

directement participé à cette étude. Le degré de participation des experts nous a donné une vue détaillée et sans précédent de tous les services des urgences du RLISS du Sud-Ouest.

Le conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest a reçu le rapport final sur le projet des ressources humaines des services des urgences lors de sa réunion du 27 mai 2009. Ce rapport comprend une analyse détaillée des ressources humaines travaillant dans les services des urgences, à travers le RLISS.

Le rapport recense une liste de stratégies auxquelles peuvent recourir les hôpitaux pour aborder les défis relatifs aux ressources humaines, dans les salles des urgences. De plus, il est recommandé d'évaluer les stratégies au niveau du système pour les faire correspondre aux ressources des salles des urgences, de façon à soutenir l'accès à l'avenir. Le rapport est entièrement disponible sur le site Web du RLISS.

Résultats de l'exploitation

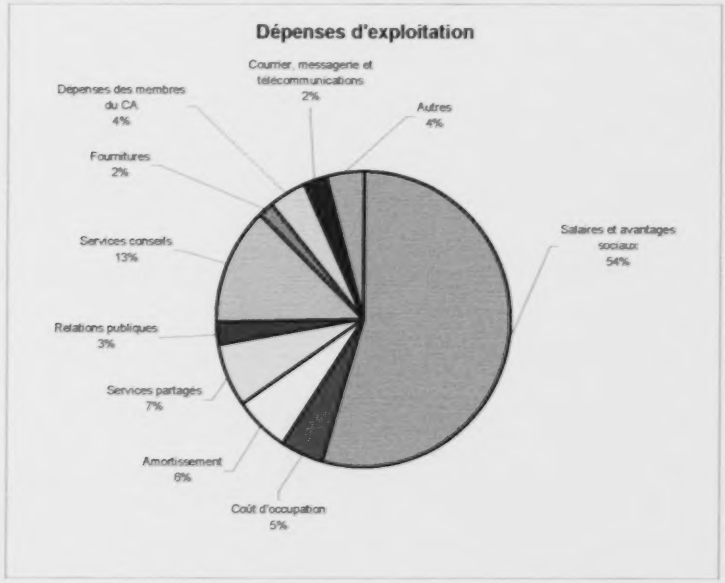
En 2009-2010, le budget du RLISS du Sud-Ouest comportait deux volets:

5,0 millions pour l'exploitation
0,8 million pour les projets spéciaux

The budget d'exploitation destinait un financement annualisé de 35 000 à la participation des communautés autochtones.

Activités

Le RLISS du Sud-Ouest affichait un surplus d'expploitation de 14 645 $ à la fin de l'année. Il y avait d'autres surplus minimes relatifs au financement de la cybersanté et du registre du diabète. Le tableau ci-dessous représente les dix principaux types de dépenses. La plus grande part est associée aux salaries et avantages sociaux des 30 membres du personnels, et des 7 personnes embauchées à forfaits pour des projets particuliers.



Projets Spéciaux

Les sommes recues et dépenses ponctuelles du RLISS du Sud-Ouest visant la planification et la creation de projets spéciaux au cours de l'exercice financier 2009-2010 comprenaient:

	Financement	Dépenses
Cybersanté	549 092	486 923
Diabète	98 178	81 042
Responsable du services des urgences	75 000	60 356
Salle des urgences/Autre niveau de soins	100 000	105 701
Total	**822 270**	**734 022**

États financiers

du

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
31 mars 2010

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

31 mars 2010

Table des matières

Rapport des vérificateurs 1

État de la situation financière 2

État des activités financières 3

État de la variation de la dette nette 4

État des flux de trésorerie 4

Notes complémentaires 5-12

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140, rue Yonge
Bureau 1700
Toronto ON M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « RLISS ») au 31 mars 2010 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 14 mai 2010

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la situation financière au 31 mars 2010

	2010	2009
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**705 687**	1 254 897
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**16 382 394**	2 113 558
Montant à recevoir du Ministère	**107 000**	-
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**3 343**	-
Débiteurs	**6 368**	2 826
	17 204 792	3 371 281
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**576 742**	1 173 998
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**16 382 394**	2 113 558
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**173 656**	65 842
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**-**	17 883
Produits reportés (note 10g)	**72 000**	-
Apports de capital reportés (note 5)	**504 144**	675 415
	17 708 936	4 046 696
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(504 144)**	(675 415)
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 7)	**504 144**	675 415
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

Irene Woolcott

Administrateur

Janet E. McEwen

Administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des activités financières au 31 mars 2010

	Budget (non vérifié) (note 8)	2010 Montant réel	2009 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 950 587 846	1 996 757 391	1 910 900 828
Activités du RLISS	4 977 700	4 963 133	4 989 934
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10a)	35 000	35 525	-
Stratégie sur le diabète (note 10b)	-	98 178	127 500
Services de cybersanté (note 10c)	600 000	549 092	650 000
Chef de service des urgences (note 10d)	-	75 000	75 000
Chef de la performance du projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (note 10e)	-	100 000	33 300
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 10f)	-	-	50 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	325 756	306 463
	1 956 200 546	2 002 904 075	1 917 133 025
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 950 587 846	1 996 757 391	1 910 900 828
Frais généraux et administratifs (note 11)	4 977 700	5 269 071	5 261 167
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10a)	35 000	35 777	-
Stratégie sur le diabète (note 10b)	-	81 042	119 893
Services de cybersanté (note 10c)	600 000	486 923	650 000
Chef de service des urgences (note 10d)	-	60 356	62 629
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10e)	-	105 701	22 666
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 10f)	-	-	50 000
	1 956 200 546	2 002 796 261	1 917 067 183
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	107 814	65 842
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(107 814)	(65 842)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	Budget (non vérifié) (note 8)	2010 Montant réel	2009 Montant réel
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Acquisition d'immobilisations (note 12)	-	(154 485)	(22 732)
Amortissement des immobilisations	-	325 756	306 463
Diminution de la dette nette	-	171 271	283 731
Dette nette au début	-	(675 415)	(959 146)
Dette nette à la fin	-	(504 144)	(675 415)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des flux de trésorerie pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	2010	2009
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	325 756	306 463
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(325 756)	(306 463)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(14 268 836)	(796 038)
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	(107 000)	-
Augmentation du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	(3 343)	-
(Augmentation) diminution des débiteurs	(3 542)	5 689
(Diminution) augmentation des créditeurs et charges à payer	(597 256)	365 714
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	14 268 836	796 038
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	107 814	(143 439)
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	(17 883)	14 749
Augmentation des produits reportés	72 000	-
	(549 210)	242 713
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	(154 485)	(22 732)
Financement		
Apports de capital reçus reportés (note 5)	154 485	22 732
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	(549 210)	242 713
Trésorerie au début	1 254 897	1 012 184
Trésorerie à la fin	705 687	1 254 897

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Notes complémentaires
31 mars 2010

Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest a été constitué par lettres patentes le 9 juillet 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS couvre le territoire allant de Tobermory, au Nord, à Long Point, au Sud, soit une superficie d'environ 22 000 kilomètres carrés. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

1. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et la perte de valeur d'actifs.

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (suite)

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Les sommes non dépensées sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

2. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	Surplus de 2010	Surplus de 2009
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux founisseurs de services de santé	1 996 757 391	1 996 757 391	-	-
Activités du RLISS	5 288 889	5 269 071	19 818	35 230
Planification autochtone (Aboriginal Planning)	35 525	35 777	(252)	-
Stratégie sur le diabète	98 178	81 042	17 136	7 607
Services de cybersanté	549 092	486 923	62 169	-
Chef de service des urgences	75 000	60 356	14 644	12 371
Chef du projet Urgences – ANS	100 000	105 701	(5 701)	10 634
	2 002 904 075	2 002 796 261	107 814	65 842

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2010	2009
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**65 842**	209 281
Montant du financement remboursé au Ministère	**-**	(209 281)
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**107 814**	65 842
Montant à verser au Ministère à la fin	**173 656**	65 842

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

La structure de collaboration entre les RLISS (la « CRLISS ») a été créée au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différent systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en coopération avec les systèmes de soin de santé, de les appuyer dans leur rôle de gestionnaire de système et, quand il y a lieu, de favoriser l'implantation harmonieuse des stratégie et initiatives provinciales, ainsi que de permettre la détermination et la communication des pratiques exemplaires. La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

5. Apports de capital reportés

	2010	2009
	$	$
Solde au début	**675 415**	959 146
Apports de capital au cours de l'exercice (note 12)	**154 485**	22 732
Amortissement pour l'exercice	**(325 756)**	(306 463)
Solde à la fin	**504 144**	675 415

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2011	253 249
2012	249 223
2013	209 216
2014	198 349
2015	82 645

6. Engagements (suite)

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2011	1 708 112 525

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2010 Valeur comptable nette	2009 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel informatique	88 030	63 585	24 445	14 181
Améliorations locatives	1 463 410	1 116 132	347 279	523 104
Matériel, mobilier et agencements de bureau	199 205	66 785	132 420	130 797
Développement Web	21 998	21 998	-	7 333
	1 772 643	1 268 500	504 144	675 415

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2009. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 1 996 757 391 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	1 950 587 846
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	46 169 545
Budget de financement final des fournisseurs de services de santé	1 996 757 391

8. Chiffres du budget (suite)

Le budget d'exploitation final de 5 830 913 $, excluant le financement des fournisseurs de services de santé, se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	5 612 700
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	372 698
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	(154 485)
Budget d'exploitation final du RLISS	5 830 913

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 996 757 391 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2010 :

	2010	2009
	$	$
Gestion d'hôpitaux	1 478 403 457	1 424 880 921
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	451 650	451 350
Centres de soins de longue durée	246 734 108	235 432 172
Centres d'accès aux soins communautaires	162 409 737	148 561 357
Services de soutien communautaires	29 644 098	27 838 627
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	15 959 228	13 067 348
Centres de soins de santé communautaires	8 712 310	7 417 723
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	54 442 803	53 251 330
	1 996 757 391	1 910 900 828

Le RLISS reçoit du Ministère de l'argent qu'il répartit à son tour entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2010, un montant de 16 382 394 $ (2 113 558 $ en 2009) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges à l'état des activités financières, et il est inclus au tableau précédent.

10. a) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le Ministère a octroyé un montant de 35 525 $ au RLISS relativement à la planification autochtone. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 35 777 $.

b) Stratégie sur le diabète

Le Ministère a octroyé un montant de 98 178 $ (127 500 $ en 2009) au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion du diabète. Le RLISS a engagé des charges totalisant 81 042 $ (119 893 $ en 2009). Le RLISS a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

10. (suite)

c) Services de cybersanté

Le bureau des services de cybersanté du Ministère a octroyé un montant de 600 000 $ (650 000 $ en 2009) au RLISS. Le RLISS avait conclu un contrat en vertu duquel il a retenu les services du London Health Sciences Centre (le « LHSC ») au cours de 2009, et il a dépensé tous les fonds disponibles. Au cours de 2010, le RLISS a engagé du personnel en vue de créer un bureau de gestion de projet, tout en engageant des charges d'exploitation de 486 923 $ (650 000 $ en 2009) et des dépenses en immobilisations de 50 908 $ (néant en 2009). Le RLISS a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

d) Chef de service des urgences

Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 $ (75 000 $ en 2009) au RLISS pour que celui-ci engage un représentant chargé de la planification du service des urgences. Le RLISS a nommé le Dr Lisa Shepherd à ce titre, et celle-ci a reçu une rémunération totalisant 60 356 $ (62 629 $ en 2009) sous forme d'indemnités et d'allocations mensuelles pour dépenses quotidiennes comme le décrit le Ministère. Le RLISS a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

e) Chef du projet Urgences – ANS

Le Ministère a octroyé un montant de 100 000 $ (33 300 $ en 2009) au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion des urgences. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 105 701 $ (22 666 $ en 2009) et a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère. Le RLISS a utilisé une tranche du financement d'exploitation pour contrebalancer des charges additionnelles.

f) Projet 70 % d'infirmières à temps plein

Le Ministère a octroyé un montant de 50 000 $ au RLISS relativement à la stratégie de recrutement d'infirmières au cours de l'exercice 2009. Ce financement a été annulé en 2010, et aucune charge n'a été engagée (charges de 50 000 $ en 2009).

g) Produits reportés

Le Ministère a octroyé un montant de 72 000 $ au RLISS relativement aux services de santé en français au cours de l'exercice 2010, et il a permis au RLISS de garder ces fonds jusqu'à la fin août 2010. Aucune charge connexe n'a été engagée au cours de l'exercice 2010 et tous les fonds ont été reportés.

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2010	2009
	$	$
Salaires et charges sociales	**2 865 731**	2 824 036
Charges locatives (note 12)	**240 561**	190 509
Amortissement	**325 756**	306 463
Services partagés	**362 714**	300 000
Structure de collaboration avec les RLISS	**12 286**	-
Relations publiques	**139 432**	54 169
Services-conseils	**664 610**	943 272
Fournitures	**82 516**	96 615
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**25 900**	46 839
Indemnités quotidiennes des administrateurs	**65 010**	70 572
Charges des membres du Conseil	**133 228**	169 923
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**130 495**	65 134
Autres	**220 832**	193 635
	5 269 071	5 261 167

12. Dépenses remboursées

Le RLISS a conclu une entente avec le Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest (le « CASC ») pour lancer un projet de prévention et de gestion des maladies chroniques (le « projet de PGMC »). Le CASC paiera les frais du RLISS pour l'aménagement et l'installation initiale des bureaux dans le cadre du projet de PGMC.

Au cours de l'exercice 2010, les montants reçus pour l'aménagement ont donné lieu à une baisse de 58 200 $ des charges locatives, qui sont passées de 298 761 $ à 240 561 $. Ce montant est inclut à l'état des activités financières.

13. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 26 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 256 430 $ pour l'exercice 2010 (280 061 $ en 2009) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2009, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

14. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

15. Chiffres correspondants de l'exercice précédent

Certains chiffres correspondants de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme

ISSN 1911-4214 juin/09 ©2010